



FACULTAD DE ENFERMERIA DE LEIOA

AÑO 2013/2014

GESTION Y CALIDAD

NUEVA REGULACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO POR CARRETERA

ENFERMERIA GRUPO 01

TUTOR: Sendoa Ballesteros Peña

Andrea Cabezas Rodríguez

Alicia Diego Jiménez

Iraide García Garay

Idoia Martín Ugalde

INDICE

INTRODUCCION:

La situación de la enfermería en las urgencias prehospitalarias ha sido modificada debido a la regulación del transporte sanitario por carretera, que indica que en la ambulancia tipo C ya no tiene por qué ir el médico a no ser que la urgencia lo requiera.[1]

Existen 2 modelos de actuación en emergencias prehospitalarias ante los que nos podemos encontrar.

Por un lado en Estados Unidos existe un modelo no médico denominado Scoop & Run en el que trasladan al paciente lo antes posible sin realizar la mínima intervención. Por otro lado, en nuestro país se sigue el modelo Stay & Play, modelo biomédico en el que el tratamiento de la patología se inicia en el mismo lugar del accidente.[2]

Una vez analizados diversos estudios comparativos entre ambos, no encontramos evidencias que determinen mejores resultados en el pronóstico del paciente que nos haga decantarnos por uno de los dos. Es cierto que encontramos un artículo que concluía diciendo que en el entorno urbano podría ser más beneficioso el modelo Scoop & Run y en zonas rurales con trayectos más lejanos el Stay & Play pero por el momento no hay evidencias científicas que corroboren esta hipótesis.[2]

Además en nuestro país existen diferencias significativas en el número y tipo de ambulancias entre comunidades autónomas, como observamos en la tabla que adjuntamos. [3]

COMUNIDAD AUTONOMA	HABITANTES	AMBULANCIAS	AMBULANCIAS POR CADA 200.000 HABITANTES
CANTABRIA	593121	4	1,348
NAVARRA	642051	4.5	1,401
PAIS VASCO	2184606	10	**0,91**
LA RIOJA	322955	3	**1,85**

Así, haciendo referencia a estos datos, nuestra comunidad siendo la que cuenta con más habitantes, tiene el menor número de ambulancias por cada ciudadano, mientras que La Rioja encabeza la cifra de ambulancias por habitante, a pesar de tener la menor población entre las comunidades limítrofes.

FUNDAMENTOS:

Procedemos a la comparación entre la ley recientemente implantada y la que acaba de ser derogada.

Así, la actualmente implantada, Real Decreto 836/2012 [4] (publicada en el BOE el 08/06/12) expone en su 4. Artículo:

Las ambulancias asistenciales de Clase C deberán dotar al menos con un conductor y un enfermero salvo en casos en los que la asistencia a prestar requiera un médico.

Es cierto que la necesidad médica podría generar un foco de discordia, ya que los criterios que establecen la presencia o no del médico no están definidos ni recogidos en la legislación vigente. Sin embargo, en caso de que se pueda preveer una mayor probabilidad de emergencias en ciertos actos (ferias, grandes eventos…) se establecerá la asistencia médica para aquellas situaciones de gran emergencia en las que es necesario una actuación interdisciplinar (Ejemplo: Herida por Asta de Toro en encierros de San Fermín).

Sin embargo, la ley que regía anteriormente, Real Decreto 619/1998 [5] (publicada en el BOE el 28/04/1998) instaba la presencia tanto del médico como de una ATS/DUE, ambas con capacitación demostrable en esta área.

Además contamos con otra ley que también respalda e impulsa la autonomía enfermera. Se trata de la ley de receta médica y ordenes de dispensación (1718/2010) publicada en el BOE el 20 de Enero de 2011.

Así en el artículo 1, orden C podemos leer: [6]

¨Los profesionales enfermeros en el ámbito de sus competencias y una vez hayan sido facultados individualmente mediante la correspondiente acreditación, indican o autorizan en las condiciones y con los requisitos que reglamentariamente se establezcan, la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por el farmacéutico o bajo su supervisión.¨

Por tanto, analizando el cambio que ha supuesto la aprobación de estas leyes consideramos que impulsa la reivindicación de la autonomía e independencia de la profesión enfermera. Esto significa que la enfermería ya no está supeditada a las órdenes del médico y además cuenta con una taxonomía que recoge el diagnostico enfermero, la cual da mayor libertad de actuación. (TAXONOMIA NANDA NOC NIC, que mencionaremos más adelante).

Por otro lado, la actuación realizada en la ambulancia hasta llegar al hospital, más que a un proceso médico se asemeja a un plan de cuidados donde debemos responder a todas las necesidades del paciente y no únicamente a la patología causante, ya que debemos tener una visión holística de la persona considerándola un ser BIOPSICOSOCIAL.

Así para fundamentar lo citado anteriormente, como enfermeras contamos con la TAXONOMIA NANDA-NOC-NIC que recoge los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones con los que podemos brindar un cuidado adecuado que responda a las necesidades individuales de cada paciente hasta llegar al hospital.

Por tanto, basándonos en el manual NIC [8] la enfermera puede y está capacitada para realizar intervenciones en situaciones de emergencia, como por ejemplo:

- (2390) Prescribir medicación.
- (6520) Análisis de la situación sanitaria.
- (4160) Control de hemorragias.
- (4044) Cuidados cardiacos: Agudos.
- (3661) Cuidado de las heridas: Quemaduras.
- (6200) Cuidados en la emergencia.
- (0910) Inmovilización.
- (3120) Intubación y estabilización de vías aéreas.
- (6412) Manejo de la anafilaxia.
- (6140) Manejo del código de urgencias.
- (4250) Manejo del Shock.
- (6240) Primeros auxilios.

Sin embargo, aunque el hecho de que la enfermera pueda ir sola en este tipo de ambulancias resulte muy novedoso y algunas personas sean reacias a esta nueva implantación por pensar que no se les brindarán los mejores cuidados, son muchos los países en los que el médico no va en la ambulancia como en Estados Unidos donde va el paramédico o los países nórdicos en los que va la enfermera proporcionando ella el soporte vital avanzado.

CONCLUSION FINAL:

Esta nueva ley es determinante para la profesión enfermera en las unidades de soporte vital avanzado. Así, queda abierta una nueva vía que permite un mayor desarrollo de las competencias de la enfermera, otorgándole una mayor autonomía y responsabilidad para proporcionar el mejor servicio con una visión holística del paciente en estas situaciones tan críticas.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Las autoras declaran tener conflicto de interés ya que todas estudian enfermería y promueven la autonomía de la profesión enfermera. Por tanto puede haber interés en promover la actuación independiente de ésta.

AGRADECIMIENTOS:
Sendoa Ballesteros Peña por guiarnos en la realización del trabajo así como a Lucía Campos Capelastegui por proporcionarnos información del diagnostico enfermero.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Miguel. [Online].; 2012 [cited 2013 Octubre 28. Available from: http://plini.wordpress.com/2012/06/10/ambulancias-asistenciales-de-clase-c-soporte-vital-avanzado-sin-medico/.

2. R Malcolm Smith AKC. Prehospital care – Scoop and run or stay and play? Injury. 2009.

3. Ballesteros S. Unidades de soporte vital básico y avanzado en España. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2012; XXXV(2).

4. ANTÓN SSDS. [Online].; 2012 [cited 2013 Noviembre 7. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-7655.

5. FERNANDEZ FA. [Online].; 1998 [cited 2013 Noviembre 7. Available from: http://www.boe.es/boe/dias/1998/04/28/pdfs/A14124-14127.pdf.

6. IRAOLA LP. [Online].; 2010 [cited 2013 Noviembre 14. Available from: http://www.boe.es/boe/dias/2011/01/20/pdfs/BOE-A-2011-1013.pdf.

7. Carlos Fano Maroto JRSIJMGZAMAJMSCJJVA. Enferurg.com. [Online]. [cited 2013 Noviembre 12. Available from: http://www.enferurg.com/articulos/autonomoenfermeriaacv.htm.

8. Gloria M. Bulechek HKBJMD. Clasificacion de Intervenciones de Enfermeria (NIC). In. Barcelona: ELSERVIER MOSVY; 2009. p. 681,698,127,212,223,247,281,448,453,498,563,583.